

Aufnahmeformular

☐ Stationäraufenthalt ☐ Kurzzeitaufenthalt ☐ Kuraufenthalt

Angaben zu Ihrer Person:

Vorname		Name	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Konfession		Zivilstand	
Krankenkasse		KK Mitglied Nr.	
Datum Anmeldung		Kostform /Diät	
z.Z. benötigte Hilfen			
z.Z. benötigte Hilfsmittel			
Hausarzt (Name, Adr, Tf)			

☐ Ich besitze ein EPD und möchte der Pflegeklinik Eden Zugriff gewähren.

Notfallkontakt (Vertragsbestandteil):

Vorname, Name	
Strasse, Nr, PLZ, Ort	
Tf-Nr (P, G, Mob)	
E-Mailadresse	

Weitere Bezugspersonen:

Angehörige 1	
Angehörige 2	
Angehörige 3	

Administratives:

Vertrag ab		Eintritt am	
Zimmer Nr		Rechnung	<input type="checkbox"/> LSV <input type="checkbox"/> EZ
Rechnungsempfänger			
Bemerkungen			

Datum, Unterschrift		
---------------------	--	--

Durch ihre Unterschrift bestätigt die Bewohnerin/der Bewohner bzw. die bevollmächtigte Vertretung, dass die Angaben vollständig und korrekt sind.